

ПОТВРДА РАДНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ ЗА СЛУЧАЈ ПОВРЕДЕ РАДНИКА

Овим потврђујемо да је \_\_\_\_\_  
(име и презиме радника/це)

запослен-а у \_\_\_\_\_  
(назив фирме, установе, предузећа, организације)

непрекидно од \_\_\_\_\_ те да је осигуран/а колективним осигурањем од посљедица  
(датум запослења)

несрећног случаја код GRAWE осигурања а.д. Бања Лука, полисом број \_\_\_\_\_  
(број полисе)

издатом дана \_\_\_\_\_ године.  
(датум издавања полисе)

У \_\_\_\_\_, дана \_\_\_\_\_ године.  
(мјесто овјере) (датум овјере)

\_\_\_\_\_  
(печат и потпис одговорног лица)